

# MÉDICALISER LE SOCIAL OU SOCIALISER LA SANTÉ ?

**C**E NUMÉRO DES CAHIERS DU CR•DSU consacré à « santé et développement social » prolonge la réflexion amorcée le 20 février dernier à Grenoble, lors de la rencontre organisée par le CR•DSU sur le même thème.

On retrouvera ici certaines interventions de cette journée, soit qu'elles questionnent l'improbable rencontre de deux politiques publiques encore balbutiantes, soit qu'elles rendent compte des réalités du terrain, telles que les rapportent ceux qui les mettent en œuvre, en tâtonnant le plus souvent.

Il revient à Antoine LAZARUS d'avoir su, d'entrée de jeu, poser des questions de fond. Avons-nous en commun une définition de la santé ? Pourquoi travailler sur la santé ? Vise-t-on la pacification sociale, l'expression d'un bien-être (ou d'un mal-être), le développement social ? Bref, quels sont les enjeux de l'intervention publique ?

La santé est un thème de travail trop récent, dans le champ de la politique de la ville, pour que l'on dispose encore d'une doctrine établie, d'un tissu professionnel identifié et même d'un territoire bien balisé.

Cette question émerge souvent après qu'on ait épuisé le « tout béton ». Elle est le plus souvent abordée par le biais de la prévention des toxicomanies. Le comité de rédaction a préféré une conception plus globale de la santé, non sans souligner alors le paradoxe qui consiste à établir une frontière entre ce qui relèverait du droit commun ou d'une politique spécifique (politique de la ville, lutte contre l'exclusion).

Qui agit dans ce secteur ? Le comité de rédaction a identifié trois scénarios principaux :

- ou bien il existe un référent fort en matière de santé publique, généralement un service communal d'hygiène et de santé (SCHS), qui pilote des actions de santé plus ou moins articulés avec le contrat de ville ;
- ou bien l'équipe en charge du développement social urbain décide d'enclencher elle-même des actions dans le domaine de la santé, quitte à rencontrer des problèmes d'incompétence relative, des difficultés de repérage des acteurs de santé, mais surtout de légitimité à agir ;
- ou bien le contrat de ville se construit selon une problématique de développement social communautaire et la santé n'est qu'un champ d'action parmi d'autres.

Le choix d'un scénario dépend bien évidemment des ressources disponibles et de la connaissance qu'en ont les décideurs, mais aussi du cadre institutionnel des relations santé/politique de la ville que précise Marguerite Arène. Après quoi, ce sont les méthodes d'approche qui permettent de faire le tri entre des stratégies différentes, comme l'explique Bernard Pissaro.

On lira avec intérêt comment de nombreux acteurs régionaux rapportent et évaluent ce qui se fait concrètement en matière de santé et de développement social. Qui sont les acteurs ? Comment s'organisent les actions, qu'il s'agisse de promotion de la santé, de prévention ou d'accès aux soins ? Qu'entend-on réellement par « approche communautaire de la santé » ?

Le point de vue de Marc Schoene pourra aider à prendre un peu de recul, à l'aune de l'expérience acquise dans la banlieue parisienne et de la connaissance d'autres réalités, notamment québécoises.

À l'issue du travail entrepris pour réaliser ce Cahier, le comité de rédaction se heurte à diverses questions récurrentes, parmi lesquelles celles-ci :

- faut-il se satisfaire du cheminement parallèle des approches communautaires d'une part dans le champ de la santé publique, d'autre part dans le champ du développement social ?
- comment travailler au rapprochement concret des divers acteurs de santé sur un territoire, qu'ils exercent en libéral, dans une structure de santé publique ou dans le domaine de la prévention, dans le cadre de compétences de droit commun ou de missions spécifiques ?

Autant de questions encore ouvertes. Autant de manières de continuer le débat.

**Le comité de rédaction.**

